

インドネシア福祉施設の現状と実習教育

大 森 弘 子
安 里 和 晃
Dewi Rachmawati
大 崎 千 秋

〔抄 録〕

インドネシアの福祉施設では、コミュニティーケアを基軸にした利用者（児）の生活支援が行われ、利用者（児）がスピリチュアルケアに包まれて満面の笑みを浮かべて生活している姿が見られる。本稿では、ケアギバー（介護士）や看護師を養成して他国へ送り出しているインドネシアの福祉施設に焦点を当て、国際間で共通した「ケアの概念」と「ケアの実習教育」に示唆を与える事を目的としている。

第1に、日本の福祉現場に受入れられたEPA（Economic Partnership Agreement）インドネシア介護福祉士が夢に価値観を見出している若者であることを明らかにした。第2に、インドネシアの福祉制度と政策の現状と課題を示した。第3に、夢と笑顔を生み出すインドネシアのケアと実習教育（看護実習）に学ぶ。第4に、インドネシアのバリにある福祉施設でフィールドワークを進める中で、インドネシアでは公的な福祉施設はほとんどないが、コミュニティとイスラム教やヒンズー教による支援が盛んに行われていること、インドネシアの福祉施設で生活する利用者（児）は夢と笑顔に満ち溢れていることを考察しながら、利用者（児）の生活を支える「ケアの概念」の提言を再度試みた。

キーワード：インドネシア 福祉制度 福祉施設 実習教育 ケアの概念

1. 諸 言

インドネシア（首都ジャカルタ）は世界最大のイスラム国家として知られているように、人口の88%がイスラム教徒である。また、インドネシアは中国、インド、アメリカ合衆国に次ぐ世界第4位（約2.5億人）の人口構造がピラミッド型の国（米CIA,2014）であり、インドネシア人はコミュニティの中で人間関係の絆を大切に生活をしている。しかし、急速に産業化している多くの国の例に見られるように、膨大な富の集積と経済成長の全体的な指標の伸びのなかで、所得格差が広がる傾向があり、貧困な状態にある人口はきわめて多い。このインドネシアと日本は2008年に経済連携協定（EPA; Economic Partnership Agreement）を結び、現在、EPA インドネシア介護福祉士・看護師が日本の介護施設や病院で活躍している。

表 1. EPA インドネシア介護福祉士と日本の若者の価値項目の優先順位 (大森, 2013)

インドネシア (N=10)			日本 (N=80)		
	平均	SD		平均	SD
健康	8.44	1.67	楽しさ	6.19	2.13
夢	7.00	2.40	健康	5.86	2.63
愛	5.78	1.92	友情	5.75	2.27
社会秩序	4.67	2.12	愛	5.67	2.60
自由	4.67	2.74	自由	5.08	2.47
友情	4.33	2.00	食	4.73	2.49
食	3.67	2.45	お金	4.24	2.37
楽しさ	3.56	1.33	社会秩序	3.90	2.52
お金	2.89	1.69	夢	3.60	2.47

EPA とは、特定の 2 ヶ国間又は複数国間で、両国の貿易・投資の自由化を促進し、国際及び国内の貿易規制の撤廃や各種経済制度の調和等、幅広い経済関係の強化を目的としている。その協定内容は FTA (Free Trade Agreement: EPA 自由貿易協定) のような貿易の自由化だけではなく、人の移動や、投資の自由化、知的財産権の保護等、幅広い分野のルールについてである。この人の移動に基づいて、2008 年に EPA インドネシア介護福祉士候補者の受入れが始まり、2014 年 6 月末までに累計 1,235 人¹⁾となった。その中でも、高齢者施設で介護福祉士として就労しているインドネシア人 (EPA インドネシア介護福祉士) は、EPA インドネシア介護福祉士候補者 (介護福祉士国家試験合格前の者) として来日した後、3 年以上福祉施設で介護士として働き、介護福祉士の国家試験に合格した人である。

では、この EPA インドネシア介護福祉士とはどのような価値観を持った人なのか。これを明らかにするため、2013 年 4 月、EPA インドネシア介護福祉士 10 名 (全員インドネシアの看護師資格保有者) と日本の大学生 (3/4 年生) 80 名に「愛、お金、健康、社会秩序、自由、楽しさ、友情、夢、食」の 9 項目 (山田, 2003²⁾による価値項目に、食を追加) を優先順位で並びかえてもらい、第 1 位を 9 点～第 9 位を 1 点として得点 (1～9 番目) をつけて、その平均値と標準偏差 (SD) を算出した (表 1)。その結果、EPA インドネシア介護福祉士の上位 3 位は、健康 / 夢 / 愛、日本の大学生の上位 3 位は、楽しさ / 健康 / 友情であった。特に、“夢”について、日本人よりもインドネシア人のほうが有意に高い得点を示し、価値項目が両国間で違う結果となった (図 1)。この違いの理由は何に起因しているのか。価値評価の散らばりの大きい価値項目である“夢”にどのような文化差があるのか。

大森・倉鋪 (2014)³⁾は 8 名 (平均年齢: 28.0 歳) の EPA インドネシア介護福祉士に具体的な夢について質問をしたところ、8 名中 5 名が「家族と一緒に過ごしたい」、8 名中 2 名が「結婚して家族がほしい」「大学教員になりたい」「子どもがほしい」「子どもを医者にしたい」「病院を作りたい」、8 名中 1 名が「両親をメッカに連れて行きたい」という夢を語っている。古

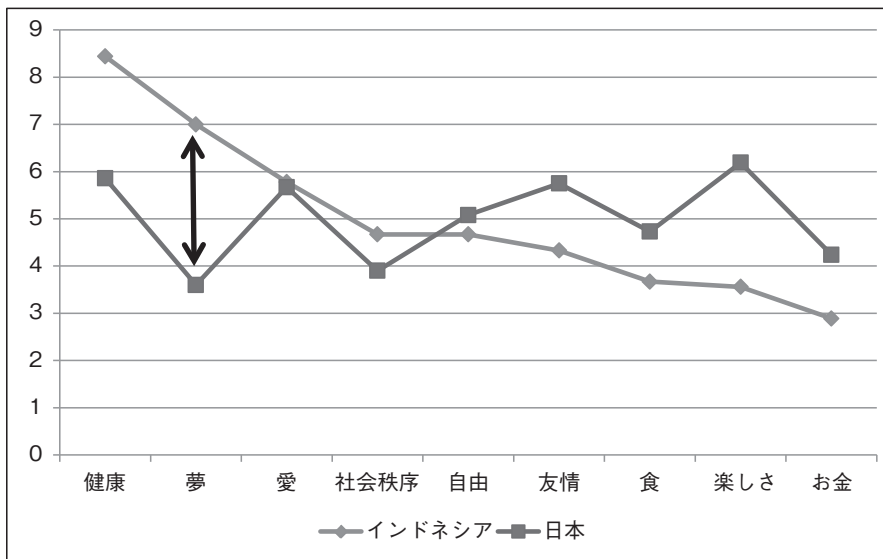


図1. インドネシアEPA介護福祉士と日本の若者の価値観の比較 (大森, 2013)

市 (2011)⁴⁾が、日本の若者について「未来に希望（夢）を持たない人は、かえって今を幸せに（楽しく）生きようとする。」という仮説を立てているが、他方、EPA インドネシア介護福祉士は「未来に夢を持ち、今を楽しく生きようとはしていない。」と言える。インドネシアには “berakit rakit kehulu, berenang renang ketepian”（最初は大変なこと、難しいことをして、最後は必ず楽しく、幸せになる。）という格言があるが、インドネシア人は全般に移住労働に積極的で、海外で一生懸命に忍耐強く働くが、海外永住率は低く、「いずれは家族・親族と共に暮らしたい。ストレスフルな先進諸国で一生は働きたくない。子弟のイスラム教育が難しい。」などの理由で帰国（奥島, 2010)⁵⁾するという。こうした文化の違いが“夢”に価値観を置くEPA インドネシア介護福祉士を形成している。EPA インドネシア介護福祉士を含むインドネシア人は、笑顔が絶えず、家族が一番と考え、豊かなホスピタリティと忍耐力を持つ利点を生かし、看護師やケアギバー（介護士）を養成して他国へ送り出している。

一方、日本には産業化された現実があり、産業化の中で人は年を取り弱って行くにつれてますます社会から隔離され、家族や知人と築き上げた絆を断ち切られる。その結果、孤独が生じる（Elias, 1982)⁶⁾という指摘がある。この社会福祉問題や文化差は日本のみで対応できる問題ではなく、近隣諸国で共に知恵を出し合い、利用者（児）の生活を支える「ケアの概念」を検討していかなければならない。

そこで、本稿ではインドネシアの福祉制度の政策と課題について示し、インドネシアの福祉施設で行われている実習教育（看護実習）の現状とケアを中心に検討し、ケアの概念を提言する。

(大森弘子)

2. インドネシアの福祉制度と政策

インドネシアの高齢化率はわずか5%であり、まだまだ若い国である。ところが、急速な経済成長によって女性の労働力率が上昇し都市化も進展、生活水準が向上するにつれ、少子化が進展した。そのため、2030年9.2%、2040年12.7%、2050年15.8%と高齢化が進むと予測されている。これは他のアセアン諸国に比べると緩やかだが、高齢化率7%から14%に至る倍加速度は約20年と、日本のそれ（24年）より短い。つまり現在は若い国で高齢化の後発国だが、高齢化スピードは日本以上なのである。またアジア経済危機においては大きくマイナス成長を記録したが、2000年代に入り、経済成長率は4%から7%程度で推移している。したがって、特に都市部における雇用吸収が進展、都市化率が上昇した。都市化率は2013年現在53%となっている。このことは2つのことを物語っている。1つは、都市化率自体は低い水準にあるが、高齢化のスピードを考えると、保険制度でカバーされない農村人口が膨大なまま高齢社会に突入する可能性があるということである。また、都市化率の急激な上昇は、農村に残された高齢者が増大していたり、都市に移住する高齢者の新たな適応問題が生じていることを物語るものである。

健康保険制度はいくつかに大別することができる。公務員を対象とした公務員医療給付制度ASKES、労働者を対象とした労働者社会保障制度JAMSOSTEK、貧困者を対象とした社会健康保障制度JAMKESMASなどがある。これ以外にも地方政府レベルでの保険JAMKESDAも存在する。保険加入人口割合は、2005年の社会保障制度改革もあり、急速に伸びており、2003年には20%程度であったのが、2007年には40%、2010年には63%にまで上昇した。その中で最も加入人口割合が高いJAMKESMASは人口の3分の1が加入していると言われ、一定の条件のもと公立病院や保健所においてサービスが受けられるようになっている（江上、安川ら2012）。これらは全額税負担である。JAMSOSTEKは労使負担だが、労災補償などは強制である一方、健康保険は会社により任意加入である。つまり会社により民間保険への加入が可能なのである。とはいえ、中小企業やインフォーマルセクターが労働人口の約7割を占めていると指摘されており、実質的にJAMSOSTEKから抜け落ちてしまうことになる。

ところが、それでも未加入者が37%いることが指摘されている。特に中産階級の家族や自営業者などの未加入者が多いと考えられている。政府は1997年の経済危機を契機にセーフティネットの充実化に取り組み始め、国民皆保険制度へ動き出した。それが2002年の憲法改正により全国民の社会的経済的保障が基本的権利として定められ、次いで、2004年の国家社会保障制度（SJSN）に関する法律の制定につながった（菅谷・川名2013）。政府は2014年に皆保険制度を整備したいとされるが、いまだ実現はしていない。

GDPに占める保健省関連予算は2.3%であり、他のアセアン諸国と比較しても低いと言われている（江上、安川ら2012）。ことさら、人口構成の若いインドネシアでは高齢者に充てる予算は低いであろう。とはいえ、認知症に関する調査も始められたところだとバリのPuskesmas

では伝えられており、高齢者に対する政策が手厚くなる可能性もある。1997年のアジア経済危機とその後の地方分権の進展に伴い、福祉サービスの地域間格差が広がっている。ジャカルタ市は財政の豊かさを背景にして、相対的に福祉政策が進んでいると言われてきた。

ジャカルタ特別市の福祉は手厚い。支援を必要とする人々は健康カード *kartu sehat* を所有しており、入院も公立病院で可能であり、費用も地方福祉 (APBD: *anggarn pendapatan belanja daerah* = local welfare) を使うことができる。またジャカルタ特別市には27の福祉施設が設立されている。この数はインドネシアにおいては群を抜いている。施設は福祉局 (*dinas kasejahteraan*) によって運営管理されている。関係者によるとジャカルタ市は Sutiyoso 市長の時から福祉政策が手厚いという。保健省は PMKS (*penyandang masalah kesejahteraan social*) 社会的問題保持者として 1) 身寄りのない5歳以下の児童、2) 身寄りのない児童 (5歳以上)、3) 罪を犯すおそれのある児童、4) ストリートチルドレン、5) 社会経済的に危うい女性、6) DV 被害者、7) 身寄りのない高齢者、8) 障害者、9) 風俗業従事者 (売春婦)、10) 物乞い、11) ホームレス、12) 元受刑者、13) 薬物中毒被害者、14) 貧困家庭、15) 不適切な家に住む家庭、16) 社会的・精神的問題を抱えた家庭、17) 孤立したコミュニティ、18) 自然災害被害者、19) 社会的災害者 (難民)、20) 身寄りのない移民労働者、21) HIV/AIDS 患者、22) 経済的に危うい家庭をカテゴリー化し、施設で保護を行っている (厚生労働省編 2012)。

ユニークなのは移住労働者の施設である。この施設の多くは10代から構成され、無業の人たちである。施設入居後6か月は学習して例えば農業などのスキルを磨く。学習期間終了後はジャワ島以外の外島に移住することになる。性労働者施設 (*panti sex kommersial*) は性労働に従事した女性が社会復帰する際の施設だが、こうした女性たちは移住労働施設の男性と結婚して外島に移住する。ジャカルタでは経済成長に伴う雇用の吸収と人の移動を通じた都市化により、取り残された高齢者が増加している。

高齢者福祉施設の場合、施設入居の最大の理由は息子や娘による養育放棄、記憶喪失や類似した理由により住所が辿れないなど、ジャカルタに移住して行き場を失った高齢者が保護される場合である。これは農村における経済問題が絡んでいる。子が都市に移住してくる際に、都市と一緒に住むようになって、子は共働きでケアができない、あるいは農村においでくと誰もケアしてくれる人がいないという問題にぶち当たることになる。養育放棄により施設に送られてくる高齢者は増大しており、社会問題化しつつある。高齢者福祉施設は地方自治体の役割が大きく、国立が2か所、地方自治体が70か所、民間が165か所となっている。

インドネシアの医療は母子が中心で高齢者に対する医療の需要は小さいと考えられている。しかし、市や県レベルの保健所 (*Puskesmas*) や村レベルの保健所 (*Poskesdes*, *Posyandu*) は一時医療として最もよく利用されている医療機関であり、徐々に高齢化対応の取り組みも始まっているようである。通常母子優先の保健政策だが、最近では *Posyandu lansia* のように高齢者を対象とした健康診断やレクリエーションなどが行われている。

保険制度の充実化、経済成長、教育制度の充実化により、インドネシアの看護師制度も大きな変革期にある。1962年に始まったSPKという看護科高校卒業後の看護師はすでにその役割を終え、現在は1992年に始まった3年制看護学校卒業者が看護師として基幹を構成している。現在、保健省は4年制大学の専攻課程と1年の実習を経るS1看護師の育成に力を入れている。将来的にはD3に代えてS1を基幹の看護師とする予定である。統計は古いですが、2008年現在、SPK養成校は全国で12校、DIIIは434校、S1は226校、S2修士レベルは2校、博士レベルのS3は1校となっている（Achiryani 2008）。ただし、看護需要は今後も伸びると予想されており、需要予測では2014年39万人、19年41万人、25年43万人となっている。今後、海外からの需要が伸びるとすれば、さらなる需要が見込まれることになるであろう。

インドネシアにおける看護師制度はアセアン水準から見ても遅れている。国家試験が行われていないことが日本とインドネシアの経済連携協定でも問題となった。保健省は形式だけの試験を行っているが、現在に至っても十分な国家試験制度として確立されているわけではない。インドネシア国家看護師協会（INNA）は、この点について地方分権法ともかかわり、完全な執行は無理であるという見解である。これは2004年社会保障法が地方分権を侵害するとして訴訟が起こされた経緯と類似している。地方分権制度が全国的な医療保険制度の執行を妨げている状況が見て取れる。いわゆる「ビッグバン」モデルの地方分権化（Ames 2002）のほころびが出ていると言えよう。経済成長を謳歌するインドネシアはチャンスにあふれている。特に看護人材はインドネシアでも充足していないが、湾岸諸国や日本、欧州など海外需要も伸びており、インドネシアの果たすグローバルな役割はますます大きくなるであろう。他方、多くの島嶼と膨大な農村人口を抱え、急速な高齢化にありながらも、福祉統合の問題、地方分権と福祉の中央集権のひずみ、医療制度改革問題など、将来的に福祉から漏れる人々も多く存在する懸念がある。経済成長と人口構成の変化に合わせた社会制度の構築が求められる。

（安里和晃）

3. インドネシアの医療と看護人材育成

日本とインドネシアは国民健康保険、介護保険、医療サービス、地域連携、看護教育、介護教育などの医療に関して異なるところが数多い。夢と笑顔を生み出すインドネシアのケアの基本となる医療保険制度、医療サービス、医療地域連携、看護人材育成と実習教育について以下に示す。

（1）医療保険制度

日本は国民皆健康保険があるが、インドネシアの医療保険加入率は総人口の59.0%である。保険にはいろいろな形態があり、その内訳は54.8%がjamkesmas（貧困者向け医療保険制度）、22.6%がlocal government（地方政府による医療保険制度）、12.4%がaskes（公務員向け医療保険制度）、3.5%がjamsostek（労働者社会保障制度）、6.6%がother health insurance

including private (その他の保険制度) (MoH data year, 2010) などである。医療保険に加入していないインドネシア人が多く、その人が病気になった場合、多くの苦難がある。また、医療保険に加入したとしても手続きが難しく、入院費が高いため入院期間短く、必要ではない検査や治療などは行わない。

インドネシアには介護保険はないが、貧困者に対して国からの生活サポートがある。また、高齢者が病気になった場合、介護施設も少ない。

(2) 医療サービス

インドネシアの医療サービスは病院とクリニック（病院は20床以上、クリニックは20床以下）である。コミュニティーヘルスセンターのコンセプトはPUSKESMAS（保健所）(sub district level health centres) の保健システムの中に組み込まれている。

社会福祉による老人保護施設はあるが、介護施設や高齢者に対する特別な施設は少ない。慢性疾患を患っている高齢者が退院後に入所する施設がないことが問題である。経済的に問題のない人は病院やクリニックで看護師や医者と呼ぶが、経済的問題がある人はほとんど家族ケアである。また家族がいない人や貧困問題を抱えている人は社会福祉による老人保護施設に入所できるが、入所手続きは容易ではない。

(3) 医療地域連携

日本の医療連携は優れている。例えば、患者が緊急入院すると、治療、処置の必要から急性病棟で入院する。その後、病気やケガが治ると、リハビリの必要からリハビリ病棟へ転棟し、元の生活に戻るために回復期リハビリ病棟 (care conference) で訓練を行う。そして、退院に至るまで医師、看護師、リハビリ、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー (MSW: medical social worker) などの支援体制が充実している。退院後の患者が在宅生活か施設生活かの調整は医療ソーシャルワーカーの仕事の一つである。インドネシアでは医療ソーシャルワーカーは存在しないが、社会福祉士は存在する。しかし、インドネシアでは社会福祉士養成校が非常に少なく、社会福祉士は国家資格ではなく、その専門性も理解されていない。そのため、政府の老人保護施設や社会福祉施設で勤務する相談援助業務には、社会福祉を学んでいなくても高校を卒業しただけで職に就くことができる。また、「社会福祉士の仕事は誰にでもできる。」というイメージがインドネシアで根強いが、発展を続けるインドネシアにはさらに医療と地域の連携と、その連携に伴って社会福祉士が必要になってくる。

WHO (世界保健機関) が提示する健康の定義の中にスピリチュアルケアが存在するが、インドネシアには医療地域連携としてスピリチュアルケアが根付いている。インドネシア人はスピリチュアルを生まれた時から家族や周りの環境などから自然に学ぶことができる。小学校の授業から子どもは、個々の宗教に基づいてクラス分けされ、その宗教科目 (イスラム教、キリスト教、仏教) を通してもスピリチュアルを学ぶ。その後も宗教教育による学びは続き、看護学校でも宗教科目がある。そこで「看護師は心でケアすることが大事」、「患者のケアは医学だ

けではなく心のケアや宗教の支えが必要」という事を学ぶ。インドネシア人の高齢者は微笑みを絶やさないが、笑顔は幸せというイメージがあり、周りからの支援があり、温かい愛情に包まれて、神様から授かった命を大切に生きています。

(4) 看護人材育成と実習教育

①インドネシアの看護教育制度

インドネシアで医療に関する教育を含めて一般的な教育システムは、インドネシア教育省 (Ministry of National Education : MONE) の責任である。しかし、医療に関する実習や技術等はインドネシア保健省 (Ministry of Health : MOH) の責任であり、職業医療人材育成のため、MOH は保健及び理工 (Health polytechnic) 学校を提供している。MOH (2010) によると、インドネシアで保健及び理工 (Health polytechnic) 機関は 33 カ所、また保健教育機関 (health education institution) は 1,229 カ所ある。人材の需要と供給のミスマッチの問題があり、教育に関するプログラムの検討が必要である。

②実習教育 (看護実習) の現状

インドネシアの看護実習教育は日本と違う点があり、看護学校の多くは 3 年制で、最後の 1 年間は実習である。現場の病院などで看護師の一員として患者を受け持ち、チェックリストに基づいて、点滴や注射等の医療行為も行う。また、ケースレポートを書き、病棟の教育担当者に見てもらい、知識の確認後にサインが得られる。同時に看護学校の担当教員に知識を確認してもらって、サインが得られる。最後は発表やカウンセリング能力テストもある。救急、急性期、亜急性期、母性、小児、精神、地域ヘルスプロモーション看護の実習場所はあるが慢性期と老年看護の実習場所が非常に少ない。インドネシアでは患者の入院期間が短いので、慢性期の実習場所確保が難しい。インドネシアで介護保険や介護施設が少ないので、社会福祉による老人保護施設で老年看護実習することが多く、老年看護観察がイメージし難い。

実習では、看護師の一員として業務を行う。例えば、病院で実習を実施する場合、点滴、注射、薬配布、バイタル測定、清拭、診察介助、記録などを実際に行う。

病院実習での勤務時間は、7:00 ~ 13:00 (6 時間) または 08:00 ~ 14:00 (6 時間)、13:00 ~ 19:00 (6 時間) または 14:00 ~ 20:00、19:00 ~ 07:00 (12 時間) または 20:00 ~ 08:00 の三つの形態に準じる。患者の入院期間短く、看護の必要性が低い。つまり、勤務時間が短いので、看護師の負担が少なく、看護師の仕事は仕事と生活バランス (ワーク・ライフ・バランス : WLB) を取ることができる。それでも実習生にとって、現場での実習は厳しいが、「海外で働きたい」、「国の将来のために役に立ちたい」と夢見て踏ん張っている。



写真 1. 実習中の学生 (大森撮影)

次に紹介するインドネシア・バリの福祉施設 R は医療の管轄ではなく、福祉の管轄であり、そこで働いているケアの方法は看護とは異なる。実際に老年看護の実習生を受け入れていて、掃除は実習に含まれていない。医療環境ではなく社会福祉施設で実習する看護学校の学生はケアを知らない。
(Dewi Rachmawati)

4. インドネシアのケアの課題と今後の展望

ーインドネシア福祉施設 R での実習状況から見てきたものー

(1) 日本における福祉実習との比較

訪問日は、インドネシア・バリの数あるお祈りの日、Tumpek Landep (トゥンペク・ランドウップ) であり、「これからも安全に使わせてください」と鉄に感謝の気持ちを込めて、自動車やバイク等にお供えを飾る特別な日であった。

福祉施設 R は、Dinas Sosial (社会福祉) の下にある施設である。施設は4ユニットで構成され、家族がいない方への公的な施設である。4ユニットの内訳 (表2) は、2つは高齢者施設である。ジャカルタ政府とバリ政府の管轄下で運営されている。残りの1つの子どもの施設で、もう1つは主に16歳から21歳の独身の方の施設で、経済的余裕がなく学校へ行くことができない人々が、この施設で職業訓練を実施して経済的自立を目指すものである。

表2. 4施設の内訳 (福祉施設 R でのインタビューより引用)

施設	対象者	入所者数
第1施設	高齢者 (60歳以上)	50名
第2施設	高齢者 (60歳以上)	68名 (男34名・女34名)
第3施設	子ども	50名
第4施設	16～21歳	60名 (男30名・女30名)

高齢者施設の入所者はバリ市からの情報を得て、家族 (身より) がいない人、生活に困窮しているものとされている。対象者は身分証明書 (ID) を持っていない人、家族から見放された人、生活していた地域はあったが、なんらかの理由でその生活をしていた地域に戻れない人である。しかし、路上生活者を収容する施設ではない。時々虚偽による入所申し込みもあるため、入所希望者が本当に貧困な人かジャカルタ政府とバリ政府でクロスチェックをして、衣食住を提供している。施設の待機者は多いことは知っているが、現在待機者が増えているか減少しているか増減についてはわからないと言う。

入所要件は60歳以上で心身共に健康であること、入所者自身 (または家族が承諾して) 入所を納得していることである。入所者の経済的問題も含めて考えられている。施設は日本でいう養護施設とシェルターの機能を持ち合わせている。入所者の健康管理は施設で行い、もし病気になった場合は施設責任となる。入所者の主な疾患は、①高血圧②リュウマチ③胃炎④その

他（アルツハイマー認知症：睡眠障害）がある。特に入所者の睡眠障害の方は、大学がモニタリングをして研究をしている状況がある。この施設での最近の課題は、入所者の記憶障害が問題になっている。

この施設は、基本的には健康な方を対象とした施設ではあるが、施設内で6床はケアが必要な人への対応ができるようになっている。ケアと言っても、疾患による移動介護などの簡単なサポートをしているだけである。第1施設は、2名の看護師と3名の介護士が勤務している。看護師の1名は公務員、もう1人は公務員ではない身分の看護師である。介護士は専門の資格は持ってないが、個人で勉強をして努力して業務についている。入所者10名に対して職員1名でのケアとなっている。入所者の健康管理は、ジャムケスマスという医師が常駐していない診療所でのケアが受けられる。介護が必要になった場合は提携医療施設（病院）に送致している。医療費の対応は、バリ医療保険を活用して低所得者の医療保険の申請等が簡単にすることができる。しかし、バリの身分証明書（ID）を持っている人だけが利用できるもので、身分証明書を持っていない入所者は国の医療保険を活用している。

入所者はアクティビティとして宗教アクティビティ（TIRTA YATRA）と言う死者を見送るためのスピリチュアルな場所に出向きお祈りをする役割を持っている。悪いことを浄化する儀式であり、宗教に関係なく一緒にお祈りをして死者を見送るものである。入所者の出向く場所は、バリ人のためのものだけではなく、インドネシア全体の施設である。第1施設入所者の宗教は、ヒンズー教44名、イスラム教3名とキリスト教3名である。以前は仏教の人もいたが、今はいない。入所者はヒンズー教以外の人でも、このアクティビティに参加しており、宗教の違いもあるが儀式を見学するだけでもよいとされている。他のアクティビティは、クリスチャンのためにホテルでクリスマスパーティーに参加してファシリテーター（司会）となり、クリスマスのお祈りをすることもある。クリスチャンのためのクリスマスパーティーではあるが、ヒンズー教の入所者もこのアクティビティに参加している。地域では、隣地に小学校であり入所者の高齢者と交流をしていて仲が良い。入所者は子どもと一緒にお祈りをしている。子どもたちは、入所者から祈ることを学んでいる。入所者は子どもたちにも、役割を持っている。

（2）日本における福祉系の実習との比較

日本の入所者と比較して、インドネシアの施設との大きな違いは入所者が役割を持っていることである。入所者がお祈りをする場に出向き、儀式に参加して世の中に役に立っているということである。宗教が日常生活に密接に関係していることから、儀式に参加することを特別なことをしているとは思っていないかも知れない。その行為そのものが、その方の生活機能であるのではないだろうか。逆に日本



写真 2. 笑顔で暮らす高齢者（大森撮影）

の施設入所者は、諸外国からは幸せな生活を送っていると言われるが、その本人がどのくらい幸せと感じ、生活の中でどれほどの役割を持って生活をしていると感じているのであろうか。ほとんど、日本の養護老人ホームの入所者が施設外に定期的に出向くことや、子どもと触れ合う機会はない。施設の生活の中で役割を見つけることすら、困難な状況だと思う。

マザーテレサは、「人間にとっていちばんひどい病気はだれからも必要とされていないと感じること」と、言っている。このことから生活をしている国や場所には関係なく、自分の存在意義を見いだせず誰からも必要とされないということは、人間にとって生きる意欲を奪うことでもあると感じている。インドネシアのケアから改めて日本のケアを見た時、その人の持つ役割の重要性を知ることができた。

5. まとめにかえて ―ケアの概念について―

日本の介護福祉士は世界でも類を見ない介護の国家資格の専門職である。1987（昭和62）年「社会福祉士及び介護福祉士法」（2006年改正）は、介護福祉士は介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者をいうとされている。また、介護の概念は1991（平成3年）年、社会事業学校連盟の「社会福祉実習のあり方」で専門的な対人援助を基盤に、身体的・精神的・社会的に健康な生活保証と、成長・発達の改善を目指して、要介護者が満足できる生活の自立を図ることを目的として、生活の場面で行われるところの援助、具体的には「日常生活の動作・家事・健康管理・社会活動などの援助」である。と、されている。また、その後社会学者一番ヶ瀬康子氏により規定概念が述べられてきた。介護の概念は様々な研究者が議論をしてきたが、今介護を「K A I G O」として世界の共通言語にするため、山崎イチ子（「ICF（国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health WHO）が人間のプラス面を重視し、「機能障害」「活動制限」「参加制約」などを総称して「障害（生活機能低下）」とし、マイナスをプラスの中に位置づけられている。よって、WHOの打ち出した「障害分類」を考えないで介護の概念は考えられない）と述べている。その上で、介護の概念を以下のように、まとめている。

「高齢者や心身に障がいのある者に生活上、介護が必要になった人に対して本人の意志・意向に沿って、尊厳の保持、自立支援や介護の理念に基づき介護等の専門知識・技術・家政等を持って、本人が自ら自己決定し、生活上問題を解決できるよう環境が及ぼす影響に働きかける生活動作、行為を補い、言霊を持って生活の質を維持向上、自己実現を支援することを目的とする。」

この、山崎（2013）⁷⁾の介護の概念から「障害分類」から利用者・対象者の持つ生活機能に

注目をして以下のように介護の概念を捉えてみた。

介護とは、介護が必要になった人に対して本人の意志・意向に沿って、本人の活動を尊重し、自立支援や介護の理念に基づき介護等の専門知識・技術・家政等を持って、本人が自ら自己決定し、生活機能を補い、言霊を持って生活の質を維持向上、自己実現を支援することを目的とする。

2014（平成 26）年 11 月 30 日

大崎 千秋

（大崎 千秋）

注

- 1) 厚生労働省（2014）「インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受入れについて」
（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000025091.html> 最終アクセス日 2014 年 11 月 1 日）
- 2) 山田容（2003）『社会福祉援助技術演習』ミネルヴァ書房、50
- 3) 大森弘子・倉鋪桂子（2014）「EPA インドネシア介護福祉士の高齢者施設における就労意識—在日 5 年目における面接調査を通して—」『日本看護福祉学会誌』Vol.19 No.2, 205-217
- 4) 古市憲寿（2011）『絶望の国の幸福な若者たち』講談社
- 5) 奥島美香（2010）「インドネシア人看護師・介護福祉士候補の学習事態」『国際社会研究』創刊号、332
- 6) Norber Elias（1982）. *Über die Einsamkeit der sterbenden*, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main, 109-110
- 7) 大森弘子・安里和晃・山崎イチ子（2014）「フィリピン総合福祉施設の現状と社会福祉実習教育」『佛教大学福祉教育開発センター紀要』Vol.11. 66

文献

- 1) 江上・安川ら（2012）「インドネシア共和国の保健医療の現状」*Journal of International Health*, Vol.27 No.2, 171-181
- 2) 菅谷和宏・川名 剛（2013）「インドネシア」『マレーシアおよびインドネシアの年金制度に関する現地調査報告』公益財団法人 年金シニアプラン総合研究機構編
- 3) Ames, Wendy M. (2002) *Beyond the New Order: Decentralization's Effect on Communities in Indonesia*.
- 4) 厚生労働省編「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（インドネシア）2010～2011 年」『海外情勢報告』369-374

付 記

本稿は文部科学省科学研究費補助金の交付を受けた研究（平成24～26年度基盤研究（C）研究課題番号：24530757 研究代表者：大森弘子）及び、トヨタ財団2013年度国際助成プログラム（研究代表者：安里和晃）に基づく研究成果の一部をまとめたものである。

（おおもり ひろこ 福祉教育開発センター）

（あさと わこう 京都大学）

（デウィ ラッハマワティ EPA インドネシア看護師）

（おおさき ちあき 名古屋柳城短期大学）

